

## CERERE de eliberare Aviz anual pentru exercitarea profesiei

Secția.....a Spitalului.....,  
din localitatea ....., județul....., solicit eliberarea AVIZULUI  
ANUAL, pentru exercitarea profesiei de asistent medical.

Pentru eliberarea **Avizului anual** anexează prezentei cereri, copia poliței de malpraxis pentru următorii asistenți medicali care au obținut cele 30 credite.

Nume si prenume	Nume si prenume	Nume si prenume
1.	11.	21.
2.	12.	22.
3.	13.	23.
4.	14.	24.
5.	15.	25.
6.	16.	26.
7.	17.	27.
8.	18.	28.
9.	19.	29.
10.	20.	30.

Cunoscând prevederile legale privind falsul în declarații, uzul de fals, precum și faptul că eventualele declarații inexacte sau false pot determina sancțiuni civile sau penale, declar că toate informațiile, datele și documentele furnizate sunt corecte și complete, nu mă aflu în stare de nedemnitate, incompatibilitatea sau în altă situație care împiedică exercitarea profesiei. În conformitate cu prevederile Regulamentului European nr. 679/2016, îmi exprim acordul fără echivoc pentru prelucrarea datelor cu caracter personal în scopul pentru care au fost solicitate și mă oblig să aduc la cunoștința OAMGMAMR filiala Caraș-Severin.

Declar că sunt de acord ca OAMGMAMR filiala Caraș-Severin să îmi trimită prin e-mail comunicări informații și documente care conțin datele mele cu caracter personal, în scopul exercitării profesiei.

Adresa mea de e-mail, unde îmi pot fi trimise documente ce conțin datele mele cu caracter personal este ....., și îmi asum securitatea datelor transmise către mine la această adresă de e-mail.

Nume, prenume as.sef: \_\_\_\_\_

Semnătura:

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_